UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947-1948 — N° 13

DES MODES D'HOSPITALISATION DANS LA PROPHYLAXIE INFANTILE DE LA TUBERCULOSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Novembre 1947

PAR

Guy, Robert LOUISET
Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux
Diplômé de Médecine du Travail
Certificat de puériculture
Né à Bordeaux (Gironde), le 11 Août 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. PIÉCHAUD, professeur, *Président*
FONTAN, professeur
BROUSTET, agrégé
LAUMONIER, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1947

LOUISET (Guy, Robert)

Des Modes d'hospitalisation dans la prophylaxie infantile de la tuberculose. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8°, 65 p., figure.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 13.*)

LOUISET (Guy, Robert)

Des Modes d'hospitalisation dans la prophylaxie infantile de la tuberculose. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8°, 65 p., figure.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 13.*)

LOUISET (Guy, Robert)

Des Modes d'hospitalisation dans la prophylaxie infantile de la tuberculose. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8°, 65 p., figure.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 13.*)

LOUISET (Guy, Robert)

Des Modes d'hospitalisation dans la prophylaxie infantile de la tuberculose. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8°, 65 p., figure.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 13.*)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0048

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947-1948 — N° 13

DES MODES D'HOSPITALISATION DANS LA PROPHYLAXIE INFANTILE DE LA TUBERCULOSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Novembre 1947

PAR

Guy, Robert LOUISET

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux
Diplômé de Médecine du Travail
Certificat de puériculture
Né à Bordeaux (Gironde), le 11 Août 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. PIECHAUD, professeur, *Président*
FONTAN, professeur
BROUSTET, agrégé
LAUMONIER, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ

ASSESSEUR : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT,
ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale et Gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie	DERVILLEE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	N.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. infantile et orthopedie	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des malad nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine Générale	N.
id.	N.
id.	N.
id	BROUSTET.
id.	N...
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC
Chirurgie Générale	N...
id.	MASSÉ.
id.	N...

	MM.
Chirurgie générale	MAGENDIE.
id.	POUYANNE.
id.	LAUMONIER
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Physique médicale	N...
Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie.	CASTAGNOU.
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. médicale et parasitologie	N.
Histologie	MAYER.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	MAHON.
Puériculture	FAUGÈRE.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	CASTAGNOU.

	MM.
Botanique	GIRARD.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU.
Parasitologie et biologie appliquée	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	VILLAR LAUMONIER
Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Je lui dois d'avoir pu réaliser ma vocation, malgré son regret à mes débuts.

J'aurai eu tellement de joie de lui prouver la beauté du rôle de médecin.

A MA MÈRE

qui m'a toujours encouragé dans cette voie.

A MA FEMME

en témoignage de mon profond amour.

A MON FILS PHILIPPE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MA BELLE-FAMILLE

A MON ONCLE LE DOCTEUR H. NANCEL-PÉNARD

Licencié ès-sciences
Electroradiologiste honoraire des Hôpitaux
de Bordeaux

A MON ONCLE LE DOCTEUR E. VERDOUX

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE CHANOINE LEGENDRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DE MIOLLIS

AU DOCTEUR FREOUR

MÉDECIN RÉSIDANT AU CENTRE DE PHTISIOLOGIE
XAVIER-ARNOZAN

A TOUS LES SCOUTS DU GROUPE NOTRE-DAME

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON JURY

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIÉCHAUD

Professeur d'Hygiène

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'ordre de la Santé

Croix de Guerre

Officier de l'Instruction publique

qui a été le médecin de ma famille et m'a donné tout enfant le désir d'embrasser sa vocation,

qui, à la fin de mes études médicales, m'a donné des notions indispensables de phtisiologie.

Puisse ce modeste travail qu'il m'a inspiré, être un témoignage de mon respectueux attachement.

DES MODES D'HOSPITALISATION DANS LA PROPHYLAXIE INFANTILE DE LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

Dans la lutte antituberculeuse, la prophylaxie tient une place importante. Elle est fondée sur cette vérité évidente que la maladie nécessite la rencontre d'un bacille et d'un organisme humain.

On peut conclure que la meilleure façon de la rendre pleinement efficace serait d'éviter cette rencontre.

Aussi avons-nous conçu deux modes essentiels de prophylaxie : le combat contre le bacille et la défense du terrain.

Nos devanciers ont essayé tour à tour de faire prévaloir l'un ou l'autre des procédés, alors que loin de s'opposer, ils se complètent, ils forment un tout, un bloc, et notre armement antituberculeux a été organisé pour en réaliser au mieux l'application :

1° *Pour lutter contre le bacille,* nous disposons d'une propagande d'enseignement chargée d'atteindre le grand

public, de nos procédés de dépistage des porteurs de germes apparents ou non, de l'isolement des contagieux, de la protection des sujets sains par diverses mesures, enfin de la prévention par l'hospitalisation des sujets discrètement atteints.

2° *Pour améliorer le terrain,* la prophylaxie par l'hygiène sociale s'adresse aux facteurs sociaux de défaillance, le taudis, le surmenage, la sous-alimentation, l'alcoolisme.

La prophylaxie par l'hygiène individuelle s'adresse aux facteurs personnels de défaillance, l'hérédité, les facteurs constitutionnels, les facteurs acquis.

Comme en 1870 et en 1914, la dernière guerre a entraîné pour toutes les nations l'élévation de la courbe de mortalité par tuberculose.

C'est en France, en Tchécoslovaquie et en Bulgarie que les taux les plus élevés ont été rencontrés. Les pouvoirs publics français se sont efforcés de prendre des mesures destinées à adapter notre armement aux nécessités de l'heure. Ces mesures correspondent bien aux deux ordres de prophylaxie énoncés.

1° Prophylaxie directe. Ces mesures ont pour but la protection contre l'agent causal de la maladie grâce au fonctionnement des divers organismes de notre armement antituberculeux.

2° Prophylaxie indirecte. Les mesures visent à accroître la résistance de la population, et celles-ci se résument dans la notion de l'élévation du standard de vie.

De ces deux ordres de mesures, les dernières constituent une œuvre primordiale dont on ne peut prévoir la réalisation immédiate; c'est d'autant plus regrettable qu'elles ne peuvent être dissociées des premières, sans aboutir à un échec presque certain.

Par contre, les mesures de prophylaxie directe sont déjà prises pour que l'armement antituberculeux fonctionne dans les meilleures conditions possibles. Parmi ces

mesures, un certain nombre ont trait à l'hospitalisation des enfants.

Elles étaient utiles car le seul nombre de lits de préventorium a doublé de 1938 à 1946, et une grande confusion régnait dans l'indication d'envoi dans ces établissements.

Inspirée par M. le Professeur Piéchaud, notre thèse a pour but, en présence de ces mesures, de faire le bilan de ce qui existe à cet égard dans les départements de la Gironde, de la Dordogne, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Basses-Pyrénées.

Bien que ne représentant qu'une partie de la prophylaxie infantile de la tuberculose, l'hospitalisation dans les établissements d'enfants permet de réaliser à la fois la prophylaxie directe par le placement dans un milieu exempt de toutes contaminations et la prophylaxie indirecte par l'accroissement de la résistance du terrain grâce à la cure hygiéno-diététique bien conduite.

Après un bref historique des établissements d'enfants, nous examinerons l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse et surtout des établissements de cure infantile, leurs indications, avec leurs difficultés. Puis nous ferons le bilan des établissements du Sud-Ouest et leurs critiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DES ETABLISSEMENTS D'ENFANTS

Jusqu'à la fin du siècle dernier, la prophylaxie antituberculeuse était laissée à l'initiative individuelle. De nombreux philanthropes se sont efforcés de faire bénéficier les enfants déshérités du grand air.

En 1906, sous l'influence de Lemonier, a été fondée la « Ligue pour l'éducation en plein air ». Après la création de plusieurs sanas et de l'œuvre de préservation de l'enfance par Grancher, de nombreuses écoles de plein air furent ouvertes vers 1910 pour les enfants débiles qui ne relevaient ni de l'hôpital, ni du sanatorium, ni du placement familial.

A la fin de la guerre 1914-1918, les écoles de plein air furent réclamées pour tous les enfants des grandes villes; mais l'insuffisance des moyens financiers ne permit pas de répondre à ces nouvelles idées d'Hygiène et de Pédagogie. Les écoles de plein air devinrent des écoles aérées, la classe était faite sous préau ouvert, la gymnastique, le corps nu, suivant les principes d'Hébert. A cette époque, les différences entre préventorium, aérium, solarium, sont imprécises même dans l'esprit des pouvoirs publics.

Entre 1930 et 1935, on commence à faire une sélection parmi les sujets qui peuvent supporter l'action bienfaisante du soleil et du grand air sans danger; mais la séparation n'est pas encore nettement établie entre préventorium et école de plein air avant les travaux du docteur

Le Mierre sur l'école de plein air d'Aubervilliers et ceux sur le préventorium des Campanules, à Saint-Gervais. Mais dans ce préventorium, l'exercice physique tient encore une place très importante à côté de la cure d'air et de repos.

Pourtant, Léon Bérard avait bien défini dès 1914, le préventorium comme un établissement situé à la campagne où des enfants, le plus souvent exposés à la contagion dans le milieu familial, non fébricitants et non contagieux, atteints de formes initiales latentes et curables de tuberculose, sont soumis au régime d'internat, à une hygiène spéciale constituée par une alimentation surveillée, une aération continue et une association de repos, d'instruction et d'entraînement physique respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue. Il existe donc en 1925 pour l'enfance au grand air:

1° Le placement familial surveillé;

2° L'école aérée;

3° L'école de plein air;

4° Le préventorium simple: maison de repos;
surveillé: maison de cure.

5° Les colonies de vacances, avec régime d'externat ou d'internat.

La circulaire ministérielle du 27 avril 1937 précise les détails d'installations, de fonctionnement du Préventorium.

Le décret du 17 juin 1938 fixe les conditions de contrôle et de fonctionnement des préventoriums et réserve son accès aux enfants qui ont une cuti-réaction positive.

La loi du 16 décembre 1942 complète le décret précédent et précise les indications concernant préventoriums et colonies sanitaires.

Le décret du 3 août 1943 fixe les nouvelles conditions de préventoriums.

Enfin, l'ordonnance du 31 octobre 1945 fixe les règles générales de l'organisation antituberculeuse et notamments des établissements de cure que nous allons étudier.

CHAPITRE II

L'HOSPITALISATION DES ENFANTS DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE ACTUELLE

L'organisation de la lutte contre la tuberculose est maintenant réglée par l'ordonnance du 31 octobre 1945.

Elle comprend:

1° Des dispensaires antituberculeux;

2° Des centres départementaux de phtisiologie;

3° Des établissements de cure.

1°. — Le dispensaire reste toujours le rouage essentiel de cette organisation. Son rôle est de dépister le tuberculeux au début de sa maladie, comme il a été prévu à sa fondation par Sir Robert Philip et Calmette.

2° — Le centre de phtisiologie est en somme un centre de triage; c'est dans cet établissement que sont pratiqués les divers examens nécessaires à l'établissement du diagnostic qui permettra ensuite l'orientation du malade vers un établissement de cure.

Dans le centre du Sud-Ouest dirigé par notre Maître le Professeur Piéchaud, et spécialement dans le Pavillon des Enfants, nous avons eu l'occasion d'orienter nos petits malades vers des établissements de cure. Ce sont les

problèmes qui se sont posés et les difficultés parfois rencontrées qui ont inspiré à notre Maître ce travail.

Mais l'on peut à juste titre se demander si nos établissements de cure de la région répondent bien aux nécessités actuelles et aux nouvelles notions de prophylaxie antituberculeuse infantile, et si, en particulier, ils reçoivent les catégories d'enfants qui leur sont destinées ?

A l'heure actuelle, on peut dire qu'avec les cuti-réactions tuberculiniques et les examens radiologiques du thorax, on peut saisir le moment où se produit l'agression initiale, la primo-infection tuberculeuse.

Grâce à la systématisation de ces deux procédés, on peut penser que sera décelé le plus grand nombre de ces primo-infections.

Or, le traitement initial de la primo-infection dans l'enfance représente pour Debré et Lelong l'élément fondamental de la lutte antituberculeuse. Pour eux, si la guérison n'est pas constante, elle est du moins la règle, à condition que l'enfant soit mis au repos d'une manière systématique pendant au moins trois mois au moment du virage de sa cuti-réaction, et qu'il ne présente aucune association clinique, ni radiologique.

D'après eux: « Les manifestations tardives de la tuberculose sont des conséquences lointaines de leur ancien foyer incomplètement guéri ».

F. Tissot a dit aussi, que « l'avenir d'un sujet en matière de tuberculose dépend en grande partie de la qualité de la cicatrisation de sa primo-infection ».

Mais le virage de la cuti-réaction suffit-il pour dire qu'il y a primo-infection ? Il ne semble pas. Il faut une traduction clinique ou radiologique de cette atteinte caractérisée par des signes généraux: température, perte de poids, de l'appétit, de grosses réactions hilaires ou parenchymateuses.

Pratiquement on est en présence de quatre catégories d'enfants que Louis Bethoux classait en 1937:

1° Les enfants non allergiques : cuti négative, cliniquement sains, radio normale.

2° Les enfants allergiques : cuti positive, cliniquement sains, radio normale.

3° Les enfants allergiques : cuti positive, radio suspecte, bacciloscopie négative.

4° Les enfants tuberculeux bacillifères.

Bethoux estimait que les deux premières catégories devaient être envoyées en placement surveillé (œuvre Grancher), à condition que l'enfant ait plus de 2 ou 3 ans.

La deuxième catégorie devait être envoyée en préventorium d'altitude, sauf s'ils étaient fébriles, auquel cas ils étaient versés dans la dernière catégorie qui relevait du sanatorium.

Actuellement, comme nous allons le voir, les deux premières catégories relèvent de l'aérium ou colonie sanitaire permanente.

La troisième relève du préventorium et la quatrième du sanatorium. Il est, en effet, prévu par la loi trois sortes d'établissements :

1° *Le sanatorium.* — Destiné à recevoir des enfants tuberculeux bacillifères, cet établissement ne rentre pas dans le cadre de notre travail, malgré son action prophylactique directe. Il est davantage un centre de traitement que de prophylaxie.

2° *Le préventorium.* — Au contraire, cet établissement est destiné à recevoir des malades au premier stade de la tuberculose.

Ce sont :

A) Des sujets présentant une réaction tuberculinique positive et convalescents d'une primo-infection récente accompagnée d'une atteinte de l'état général ou d'une manifestation localisée d'adénopathie médiastinale, notamment des convalescents de pleurésie séro-fibrineuse ou d'érythème noueux.

B) Des sujets chez lesquels les réactions tuberculiniques sont devenues positives et qui sont porteurs d'adénopathie périphérique ou atteinte de tuberculose externe non suppurée ne relevant pas d'un traitement chirurgical orthopédique.

Les sujets atteints d'une affection prévue à ces deux catégories ne peuvent être admis qu'après disparition de la fièvre, des symptômes d'évolutivité et lorsqu'ils ne sont pas contagieux.

En résumé, les allergiques, sujets dont la cuti-réaction est positive avec atteinte de l'état général ou manifestations localisées, mais seulement avec une température normale, stabilisation des lésions, bacilloscopie négative.

3° *L'aérium ou colonie sanitaire permanente.* — C'est l'établissement qui répond le mieux à la réalisation d'une prophylaxie précoce puisqu'il reçoit des enfants dont la primo-infection n'est caractérisée que par la cuti-réaction positive et les enfants en danger de contamination tuberculeuse, le danger provenant du milieu familial ou de la déficience de l'enfant.

A) Enfants présentant une primo-infection tuberculeuse uniquement objectivée par une réaction tuberculinique récemment devenue positive, non accompagnée de lésions décelables, ni de réactions thermiques, ni de perte de poids.

B) Enfants relevant d'une affection médicale ou chirurgicale, entraînant une convalescence prolongée.

C) Enfants présentant une altération passagère ou durable de l'état général n'étant pas en rapport avec une infection tuberculeuse.

D) Enfants devant être soustraits à la contamination tuberculeuse, et séparés du milieu familial quel que soit le sens de leur réaction tuberculinique.

En résumé: les allergiques simples (sujets dont la cuti-réaction est positive sans trouble de l'état général.

Les anergiques, sujets dont la cuti-réaction est négative, et l'état général déficient.

En outre, ces établissements doivent répondre aux conditions techniques d'agrément fixées par la Direction de l'Hygiène sociale du ministère de la Santé publique, et qui sont communes aux aériums et aux préventoriums exceptées les indications.

DISPOSITIONS GENERALES

Article premier. — Les aériums ou colonies sanitaires permanentes (et les préventoriums) sont des établissements organisés pour l'application d'une cure hygiéno-diététique comprenant avec l'aération continue une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel. Leur régime est celui de l'internat sous surveillance médicale permanente.

Art. 2. — (Voir les indications ci-dessus) : Suivant leur destination, les aériums (et les préventoriums) sont organisés pour recevoir:

— des enfants du premier âge jusqu'à 3 ans;
— des enfants de 4 à 6 ans;
— des enfants d'âge scolaire, de 6 à 12 ans;
— des enfants de 13 à 17 ans;
— des jeunes adultes de 17 à 25 ans (préventorium seulement).

Les établissements qui reçoivent plusieurs catégories d'enfants doivent établir une section séparée par catégorie.

Dans les établissements mixtes, les enfants de chaque sexe doivent avoir des dortoirs différents à partir de l'âge de 6 ans; à partir de 14 ans, des locaux complètement séparés doivent être réservés à chaque sexe.

Le nombre des pensionnaires pour chaque catégorie sera de 100 à 120 au maximum pour les enfants du premier âge et les petits jusqu'à 4 ans qui peuvent être réunis dans un même groupe;

200 au maximum pour les enfants d'âge scolaire;
120 pour les adolescents;
120 pour les jeunes adultes.

Art. 3. — Tout établissement doit être situé à la campagne hors des agglomérations humaines très denses, et à distance des routes fréquentées.

Il doit être édifié sur un sol sec et perméable, être largement ensoleillé, protégé des vents dominants, convenablement orienté et entouré d'un jardin ou d'un parc, ou tout au moins avoir à sa disposition des espaces libres — de préférence ombragés — d'une superficie d'au moins un hectare par cinquante lits.

Des pavillons aménagés pour cinquante et quatre-vingts sujets, surtout pour les petits, sont préférables aux grands bâtiments hébergeant ensemble 150 ou 200 sujets.

Il est important qu'avec les espaces libres, on prévoit un potager et, si possible, une ferme faisant partie de la propriété ou dans son voisinage immédiat, dont les ressources sont fort utiles pour le régime des enfants.

Les établissements doivent être ouverts toute l'année.

Art. 4. — Les locaux doivent comporter partout un sol imperméable ou revêtu d'une substance permettant le lavage fréquent. Les murs et les cloisons sont enduits d'une peinture lavable, claire de préférence. Le papier est exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture elle-même.

Les fenêtres doivent être dépourvues de doubles rideaux, et le sol de tout tapis de tissu qui ne soit facilement lavable.

Art. 5. — Les enfants peuvent être logés en dortoirs ou en chambres particulières.

L'orientation et les dispositions des dortoirs et des chambres doivent permettre d'assurer le cas échéant une insolation suffisante, l'orientation la meilleure pour les bâtiments d'habitation est le Sud, Sud-Ouest.

Les dortoirs doivent comprendre un maximum de vingt lits, ils ont une hauteur minima de trois mètres et une surface d'au moins 5 mètres carrés par lit (quatre mètres carrés pour les enfants de moins de 3 ans). En aucun cas, l'écart entre les lits ne doit être inférieur à 0 m. 80.

Les lits de 70 à 80 centimètres de largeur doivent être métalliques avec matelas de varech ou de crin végétal et munis d'une literie complète en bon état. Il est préférable d'avoir des chambre de six lits en moyenne pour les adolescents et les jeunes adultes.

Les chambres et les dortoirs doivent être d'un entretien facile.

Des vestiaires fermés et individuels sont installés à l'entrée ou à proximité des dortoirs. A chaque malade sont réservés un porte-serviette et un casier où il dispose son linge et ses ustensiles de toilette personnels.

Une chambre de surveillance doit être aménagée au voisinage immédiat des dortoirs avec des guichets bien conditionnés pour l'observation facile des lits.

Pour les nourrissons, des salles de change chauffées avec baignoires doivent être prévues.

Art. 6. — L'aération doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux pensionnaires.

Le chauffage central est exigé dans tout établissement.

L'éclairage électrique est obligatoire. Les dortoirs doivent être éclairés la nuit par un éclairage en veilleuse, hors de la portée des enfants.

Art. 7. — Tout établissement doit comporter une galerie de cure où les enfants doivent pouvoir faire la cure de silence après les repas. Cette galerie doit être aménagée en bonne place et être de dimensions suffisantes pour abriter un nombre de chaises longues ou de lits correspondants à l'effectif de l'établissement.

Art. 8. — L'eau doit être potable et en quantité suffisante (250 litres par lit et par jour). Elle doit être régulièrement contrôlée bactériologiquement si l'établissement ne s'approvisionne pas à une canalisation publique surveillée.

Si les analyses bactériologiques ou les enquêtes sanitaires révèlent la moindre cause de pollution, un moyen d'épuration doit être adopté sur les conseils et sous le contrôle de l'inspecteur départemental de la Santé.

Des lavabos à eau courante et en quantité suffisante doivent être installés à proximité des chambres, des dortoirs et des réfectoires.

Chaque établissement doit posséder une baignoire pour vingt-cinq enfants et au minimum un poste de douches pour dix enfants.

Art. 9. — Les services de cuisine et d'alimentation doivent être proportionnés à la capacité d'hospitalisation.

Le sol et les murs des locaux affectés à ces services doivent être facilement lavables. Lorsque la pullulation des mouches est à craindre, leurs ouvertures seront grillagées.

Toutes dispositions doivent être prises pour que les aliments soient placés à l'abri des souillures et que les aliments soient servis chauds. Dans les établissements ou sections d'établissements réservés aux petits, il faut une biberonnerie et une cuisine de régime avec personnel spécialisé.

Des réfectoires bien aérés et pouvant être chauffés doivent être placés à proximité des cuisines. Autant que possible, le nombre des enfants ne doit pas dépasser le chiffre de 10 par table.

Des lavabos et des casiers pour les serviettes doivent être placés à l'entrée des réfectoires.

La comptabilité des denrées doit être tenue de façon à permettre leur contrôle quantitatif à tout moment.

Les menus doivent être affichés.

Art. 10. — Les restes alimentaires et les déchets ménagers non utilisés pour la nourriture des animaux doivent être collectés dans des récipients hermétiquement fermés et détruits quotidiennement dans un four spécial installé loin des bâtiments.

Art. 11. — L'évacuation des eaux usées doit être assurée conformément aux règlements d'hygiène. Les cabinets d'aisance et les vidanges doivent être conduits à l'égout partout où celui-ci existe. Dans les localités qui en sont dépourvues, l'évacuation doit être assurée conformément aux règles d'hygiène. Le système des cabinets à tinette mobile est interdit.

Les cabinets doivent être bien aérés, bien ventilés, bien éclairés et comporter une chasse d'eau, un siphon hydraulique et un poste d'eau.

Le nombre minimum de cabinets est de un pour dix enfants de plus de 6 ans (personnel non compris), et par étage d'hospitalisation. Ils doivent être répartis à proximité des dortoirs, des réfectoires et des lieux de réunion.

Pour les grands enfants, ils sont du type « à la turque ». Pour les jeunes enfants, au-dessous de 6 ans, le vase individuel portant le nom et le numéro de l'enfant, doit être adopté.

Art. 12. — Dans les établissements importants, le linge, le matériel lavable seront lessivés autant que possible sur place, dans une buanderie pourvue de l'installation et des annexes nécessaires.

Les procédés employés doivent permettre une désinfection efficace.

Art. 13. — Contre les risques d'incendie, l'établissement doit pouvoir disposer:

a) de postes d'eau à l'intérieur et à l'extérieur;

b) d'extincteurs à chaque étage;

c) d'un appel rapide au poste d'incendie le plus proche.

La construction et l'aménagement des locaux doit permettre leur prompte évacuation en cas de sinistre.

Art. 14. — Tout établissement doit posséder le téléphone avec la ville ainsi que, en évidence et à proximité de l'appareil, les adresses et les numéros de téléphone dont on peut avoir besoin d'urgence.

Art. 15. — L'établissement doit comprendre un lazaret aménagé dans un pavillon spécial, ou si l'établissement est peu important, dans un local permettant d'isoler pendant une période minima de vingt-cinq jours, les nouveaux arrivants, en boxes individuels ou en chambres séparées.

Le nombre en sera au moins égal au dixième de l'effectif de l'établissement.

Le lazaret n'est pas nécessaire dans les préventoriums réservés aux jeunes adultes de 17 à 25 ans.

Art. 16. — Tout établissement doit avoir une infirmerie bien isolée des locaux habités. Cette infirmerie doit comprendre au moins 10 % du nombre total des lits et comporter, en outre, une ou plusieurs chambres d'isolement pour les malades atteints ou suspects de maladie contagieuse en attendant leur évacuation éventuelle.

Il sera utile de prévoir une ou deux chambres à deux ou trois lits, d'isolement, dans le cas où une primo-infection réactivée évolue vers la tuberculose maladie, et dans le cas où un triage défectueux adresse au préventorium un tuberculeux pulmonaire.

Les chambres d'isolement doivent avoir une surface d'au moins 9 mètres carrés.

Un registre de l'état sanitaire doit mentionner tous les accidents ou incidents survenus, ainsi que les hospitalisations.

SERVICES TECHNIQUES

Art. 17. — Chaque établissement doit posséder:

— Un cabinet médical;
— Tous les instruments de mensuration nécessaires (poids, taille, spirométrie, etc.).
— Une installation de radiologie et de rayons ultra-violets;
— Une salle de soins;
— Un service dentaire;
— Une réserve de pharmacie;
— Un matériel élémentaire pour l'examen oto-rhino-laryngologique.

Art. 18. — Chaque établissement doit disposer de l'installation et de l'appareillage nécessaire à la désinfection en profondeur de la literie et du matériel.

PERSONNEL

Art. 19. — Le service médical doit être dirigé par un médecin ayant une compétence certaine en phtisiologie (et en pédiatrie si l'établissement reçoit des enfants). Ce médecin doit être agréé par le ministre de la Santé publique et de la Population.

Le médecin peut ne pas résider dans l'établissement, mais doit exercer une surveillance étroite sur l'état de santé, le régime et la discipline de cure des enfants. Toutefois, tout établissement de plus de 200 lits doit avoir un médecin résident.

Le médecin est secondé par un personnel soignant comprenant au minimum une infirmière ou aide-infirmière par cinquante lits ou fraction de cinquante lits. Ce personnel doit comprendre au moins une infirmière diplômée d'Etat.

Art. 20. — Dans les établissements d'enfants, des jeux réglementés, des exercices physiques individuels et collectifs, des loisirs dirigés sont organisés par des moniteurs et monitrices qualifiés (selon l'âge des enfants: jardinières d'enfants, meneurs de jeux, moniteurs de la jeunesse, etc.).

Des instituteurs ou des institutrices qualifiés assurent sur place l'enseignement primaire suivant les modalités arrêtées d'un commun accord entre la direction médicale de l'établissement et l'autorité académique.

Cet enseignement est, chaque fois que cela est possible, pratiqué en plein air: l'établissement doit, néanmoins, comprendre des classes de dimensions suffisantes et largement aérées.

Des jardins d'enfants sont créés pour les jeunes enfants.

L'enseignement ménager est assuré toutes les fois que le nombre de pensionnaires le justifie.

Les enfants de l'établissement ne devront sous aucun prétexte, être conduits dans une école extérieure, et les classes de l'établissement ne devront jamais recevoir des enfants ne faisant pas partie du groupe des pensionnaires.

Art. 21. — Le personnel de surveillance ne doit, en aucun cas, être inférieur à une unité par vingt-cinq enfants.

Art. 22. — Avant son entrée en fonction, tout membre du personnel, y compris le personnel enseignant, doit être sou-

mis à un examen médical comportant notamment un examen radiologique de l'appareil respiratoire. Cet examen est renouvelé au moins une fois par an.

De plus, la direction de l'établissement doit s'assurer constamment du bon état de santé du personnel admis au contact des enfants ou préposé à la préparation des aliments.

Le personnel de l'établissement doit être indemne de toute affection tuberculeuse; à l'exception de séquelles anciennes et cicatricielles.

Après une maladie contagieuse, aucun agent n'est autorisé à reprendre son service que lorsqu'il aura été démontré qu'il n'est plus contagieux, notamment par la recherche des germes pathogènes dans les exsudats ou émonctoires, deux fois à huit jours d'intervalle.

Art. 23. — Le service social doit être confié à une assistante sociale appartenant à un organisme voisin ou exclusivement rattachée à l'établissement, si l'importance de celui-ci le justifie (200 lits occupés par des assurés sociaux ou par des malades relevant des collectivités).

SURVEILLANCE MEDICALE ET DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 24. — Tous les malades doivent être examinés par le médecin, au moins une fois tous les quinze jours.

Des fiches médicales et des cahiers de visites et de prescriptions doivent être établis, régulièrement mis à jour, et tenus à la disposition des médecins inspecteurs et contrôleurs du ministère de la Santé publique et de la Population, et ainsi que les médecins conseils des organismes de Sécurité Sociale en ce qui concerne les ressortissants de ces organismes.

Art. 25. — La nourriture doit être saine, abondante, variée et bien préparée pour les malades qui, par ordre médical, doivent suivre un régime particulier.

Le médecin de l'établissement doit surveiller de très près le régime des pensionnaires.

Art. 26. — La direction de l'établissement doit établir un emploi du temps minutieusement équilibré, avec, éventuellement, et selon les directives du médecin, des modifications adaptées à chaque cas particulier.

Art. 27. — La direction de l'établissement doit veiller à ce que les familles reçoivent, chaque semaine, des nouvelles des enfants.

La correspondance de l'établissement avec les familles doit être classée dans un dossier susceptible d'être examiné par des personnes chargées des inspections.

La direction doit communiquer aux familles, au moins tous les mois, des renseignements précis sur l'état de santé des enfants.

Le séjour des enfants et adolescents ne peut être interrompu, ni par des visites périodiques, ni par des vacances.

Les visites doivent avoir lieu dans un parloir isolé des locaux habités par les enfants.

L'entrée doit être interdite aux enfants étrangers de l'établissement.

Les enfants en traitement ne doivent sous aucun prétexte, se mêler à d'autres collectivités d'enfants, afin d'éviter tout apport de maladie contagieuse.

Art. 28. — La direction de l'établissement doit contracter une assurance accidents au bénéfice des enfants séjournant dans l'établissement.

La direction doit obtenir, pour chaque enfant placé, une autorisation écrite signée des parents ou du tuteur, destinée à permettre la mise en œuvre des traitements urgents qui peuvent être reconnus nécessaires par le médecin de l'établissement.

Art. 29. — La direction de l'établissement doit s'assurer, avant de prononcer l'admission d'un enfant, que celui-ci a reçu les vaccinations prescrites par la loi, ou qu'il présente une contre-indication permanente à ces vaccinations.

CHAPITRE III

LES INDICATIONS DE CURE
LEURS DIFFICULTES — LEURS CRITIQUES

Toujours dans le cadre de la loi, il est prévu que pour les personnes examinées par un dispensaire, le choix de l'établissement de cure est fait par le médecin phtisiologue départemental qui décide aussi l'envoi dans l'établissement désigné.

Cette disposition paraît judicieuse, car le diagnostic de primo-infection tuberculeuse est un diagnostic difficile si on veut qu'il soit précis. Le médecin consultant départemental est donc spécialement qualifié pour cette décision. Cela permet d'éviter des orientations défectueuses et de bien limiter les établissements à leurs indications.

Si les personnes sont examinées en dehors des dispensaires, il apparaît alors deux conditions :

1° *Technique.* — Le fonctionnement du bureau central prévu par la loi pouvant donner toute la documentation nécessaire sur l'orientation et la possibilité des établissements ;

2° *Médicale.* — Le diagnostic doit être établi d'une manière très précise après tous les examens et recherches nécessaires qui devront d'ailleurs être répétés pendant la cure.

Difficulté:

C'est bien dans le diagnostic que réside la difficulté. Quand y a-t-il primo-infection ?

A. — *Indications d'ordre médical*

Il faut, en effet, se méfier dans cette matière du péché par excès comme du péché par défaut. On risque de laisser passer une primo-infection, comme on peut la diagnostiquer à tort. On peut classer avec Anglade les primo-infections:

I. — *Révélées par la cuti-réaction:*

Le cas est fréquent maintenant que cette pratique est admise couramment. Nous savons que c'est le virage qui importe.

Trois cas peuvent se produire:

a) La cuti-réaction positive est due à la vaccination par le B.C.G.

Il est certain que le nombre de ces cas augmente au fur et à mesure que la pratique de la vaccination sera passée dans les mœurs médicales.

Cette vaccination qui est acceptée au Danemark par 75 % des parents des enfants de plus de 14 ans à cuti négative, est peut-être une des causes de la baisse du taux de mortalité tuberculeuse qui, en effet, est passé de 30 pour 10.000 en 1896, à 5 pour 10.000 en 1945.

Cette vaccination, qui est pratiquée aussi dans les maternités (à Bordeaux, notamment, à l'hôpital Boursier), ne doit donc pas constituer une source d'erreurs pour le praticien, s'il pense à le faire préciser.

Ce B.C.G. qui représente un moyen de prophylaxie infantile à ne pas négliger, ne doit-il pas être d'ailleurs proposé systématiquement dans les aériums où les enfants sont dans les meilleures conditions pour recevoir le vaccin ?

C'est-à-dire: repos, surveillance médicale nécessaire.

b) En l'absence du B.C.G., la cuti-réaction vient de virer.

Nous savons la signification de ce virage, le sujet vient d'être infecté, il s'agit de savoir comment il réagit.

C'est ici que les examens et recherches doivent être pratiqués;

1. Un examen clinique et radiologique;

2. Une mise au repos de l'enfant pendant dix à quinze jours avec une prise de température deux fois par jour.

Le matin, au réveil et le soir vers 17 heures, après vingt minutes de repos allongé.

3. La recherche du B. K. par tubage gastrique;

4. La culture si la dernière est négative.

Si tous ces examens sont négatifs, l'enfant se trouvera bien d'une cure en aériums, ou colonie sanitaire permanente, afin de fortifier son organisme qui doit lutter, et de vérifier l'évolution de son infection par:

— La prise de température périodique;
— Les examens radiologiques;
— La surveillance mensuelle du poids.

Cependant, il est certain que tous ces cas n'ont pas besoin de la mise en aérium si la surveillance médicale est possible et la surveillance des parents effective.

Dans ce cas de cuti positive, la cure ne devient nécessaire qu'en cas de carence familiale, hélas ! assez fréquente.

Si un des examens est positif, on conçoit pour le sujet, l'indication préventoriale ou sanatoriale.

c) Si la cuti-réaction se révèle positive en présence d'un mauvais état général:

On ignore la date du virage;

On procède aux divers examens d'une manière plus soigneuse encore et on essaie de rechercher le contage.

Les indications sont les mêmes.

II. — *Les autres formes et manifestations diverses:*

a) Manifestations générales:

Fièvre d'invasion;
Typho-bacillose.

Ces cas relèvent du préventorium après cessation des symptômes d'évolutivité.

b) Manifestations respiratoires:

Pleurésie;
Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse;
Hilites;
Périhilites;
Epituberculose;
Scissurite;
Bronchite traînante tuberculeuse.
Réaction parenchymateuse: complexe primaire.

c) Autres manifestations:

Asthme tuberculeux;
Erythème noueux;
Kératite phlycténulaire.
Manifestations astralgiques indépendantes de la maladie de Bouillaud:
Adénites bacillaires non suppurées.

Tous ces cas relèvent de la cure préventoriale après cessation des symptômes d'évolutivité. Mais ils nécessitent une mise en observation pour permettre de préciser le diagnostic, et notamment d'éliminer certaines images radiologiques qui ne sont que des séquelles d'affections aiguës ou de maladies infectieuses.

Il reste alors tous les déficients en dehors de la tuberculose;

Les séquelles respiratoires de la coqueluche, rougeole, grippe;

D'affections aiguës telles que broncho-pneumonies, congestions pulmonaires,

De pleurésies purulentes à germes banaux,
De suppuration pulmonaire,
D'asthme non tuberculeux,
Les ganglionnaires, les adénopathies non tuberculeuses,
Les troubles de croissance d'origine imprécise ou inconnue.

Tous ces cas relèvent de l'aérium et intéressent un nombre considérable d'enfants. Aussi, il semble qu'au premier chef, il y ait une indication sociale qui décide l'envoi en établissements, donc:

B. — *Indications d'ordre social*

Pour les aériums surtout, ce facteur social joue un rôle de premier plan et ces établissements sont appelés de plus en plus à lutter contre les défaillances familiales.

On peut résumer dans ce cas les indications aériales:

Déficiences de l'état général, inadaptés urbains, carence familiale, même si allergiques (sans primo-infection, sans signe pulmonaire ni radiologique).

Existe-t-il une indication d'ordre climatique ? D'après Poix, le facteur climatique ne jouerait qu'un rôle secondaire. Les conditions essentielles de la cure étant la sécheresse, la luminosité, la pureté de l'atmosphère.

Cependant, on peut objecter que les études manquent à ce sujet et qu'il serait intéressant d'avoir des données plus nombreuses et plus précises sur le climat des divers établissements.

On pourrait ainsi poser des indications d'ordre climatique.

On sait déjà que les respiratoires se trouvent bien de la demi-altitude, les ganglionnaires et les dystrophiques de la cure hélio-marine.

Intérêt des examens complets

Nous connaissons maintenant la série des examens à accomplir en face d'un malade suspect de tuberculose.

Devant un enfant qui maigrit, qui tousse, qui ne mange pas, on pratique couramment une cuti-réaction. Si elle est positive, on fait une radiographie. Bien souvent on s'arrête là.

Lacoste-Lagrange a montré l'intérêt du laboratoire, qui est généralement consulté en dernier, mais qui, parfois, peut apporter la seule preuve de la maladie.

Nous ne retiendrons pour exemple que le cas de la jeune malade L... (Graziella) qui est entrée en sana pour une petite hémoptysie.

L'examen clinique ne révèle rien. La radiographie est pratiquement normale. La cuti-réaction est négative, l'examen des crachats après homogénéisation, est aussi négatif; seule une fièvre persistante à 37°2-37°5 cause la demande d'une culture de crachats.

Celle-ci se révèle positive au bout d'un mois.

Entre temps, une intra-dermo-réaction au 1/100e et au 1/10e s'étaient révélées négatives. Sans cette culture, la malade aurait pu rentrer chez elle ou être envoyée en aérium pour déficience de l'état général.

La cuti-réaction elle-même donne des résultats souvent contradictoires. Ces inconstances peuvent être à la source de nombreuses erreurs.

Un cas typique est celui de S... (Béatrice), 6 ans, qui entre au Centre de Phtisiologie avec une expectoration positive, une cuti-réaction et une intra-dermo-réaction négatives. Mais six mois après, sa bacilloscopie est devenue négative et c'est son intra-dermo-réaction qui s'est positivée.

Ces cas parmi bien d'autres, permettent de conclure à l'utilité de tous les examens mis à notre disposition pour le diagnostic de la tuberculose. Avant d'envoyer des enfants en collectivité, il serait dangereux de ne pas s'entourer de toutes les précautions indispensables.

En résumé, les indications sont assez nettes pour ne pas permettre d'erreurs dans l'orientation des enfants, à con-

dition que tous les examens soient pratiqués avant et pendant la cure.

Nous insistons, cependant, sur la nécessité de deux épreuves trop peu pratiquées:

1° L'intra-dermo-réaction à la tuberculine au 1/100e ou au 1/10e;

2° La recherche du B. K. dans le liquide gastrique d'une manière répétée, au besoin par culture sur milieu de Petragnani ou de Lowenstein.

CHAPITRE IV

BILAN ACTUEL DANS LE SUD-OUEST

Il est difficile dans la période actuelle de faire un bilan des établissements existant à cause des modifications des conditions d'agrément qui causent un bouleversement dans la liste des établissements agréés.

Aussi ce bilan sera-t-il sans doute modifié à l'heure de la parution de notre thèse.

Nous disposons dans le Sud-Ouest de vingt-six établissements agréés, c'est-à-dire présentant toutes les conditions légalement requises pour une cure efficace.

11 en Gironde,
1 dans les Landes,
1 dans la Dordogne,
2 dans le Lot-et-Garonne,
11 dans les Basses-Pyrénées.

Ils peuvent recevoir en tout 3.220 enfants, dont 485 en aérium (soit 6 %), et 2.735 en préventorium (soit 9 %).

Il faut ajouter que le sexe féminin est plus favorisé, puisque :

1° Dans les établissements à recrutement mixte, les filles sont gardées plus longtemps que les garçons ;

2° Les établissements ne recevant que des filles, sont plus nombreux que ceux qui ne reçoivent que des garçons.

Or, il n'est pas prouvé que la primo-infection tuberculeuse frappe davantage un sexe que l'autre.

D'autre part, l'âge de réception varie beaucoup.

Le plus grand nombre de ces établissements reçoivent des enfants à partir de 4 ans.

La majorité n'en acceptent pas au-dessus de 14 ans. Un seul prend des adultes jusqu'à 25 ans, trois jusqu'à 30 ans, et avec toujours le même privilège pour le sexe féminin.

Parmi ces établissements :

13 sont au bord ou à proximité de la mer,
5 sont en préventoriums de plaine,
8 sont des établissements de demi-altitude.

Peut-on tirer des conclusions de ce bilan ?

1° *L'armement prophylactique est-il suffisant ?*

Il est certain que si on devait traiter toutes les déficiences de l'état général et les primo-infections en aérium ou en préventorium, les établissements actuels ne suffiraient pas à en hospitaliser le 1/10e.

Comme l'indication majeure de la cure est une indication surtout sociale, la question est différente.

Pour avoir une idée, il faut s'adresser à deux sortes d'organismes :

a) Le dispensaire antituberculeux de l'Hôpital Saint-André que nous avons consulté, prétend qu'on arrive à placer tous les enfants qui en ont besoin. Une seule lacune, mais d'importance, il faut souvent attendre cinq ou six mois pour obtenir une place.

b) Les établissements de cure prétendent, eux, refuser chaque année des enfants, et ce nombre atteint environ 800 en totalité.

Mais dans cette brève statistique, il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de barrière étanche entre les départements et les régions.

Si la région du Sud-Ouest est particulièrement favorisée par la possession de trois catégories d'établissements, (marin, plaine et altitude), d'autres régions le sont moins et il n'est pas rare, au contraire, de voir nos établissements marins remplis en grande partie par des enfants d'autres régions.

Il faudrait donc faire une statistique de tout le pays qui n'entre pas dans nos possibilités.

Cependant, on peut arriver à des conclusions plus précises :

A. — *Les aériums:*

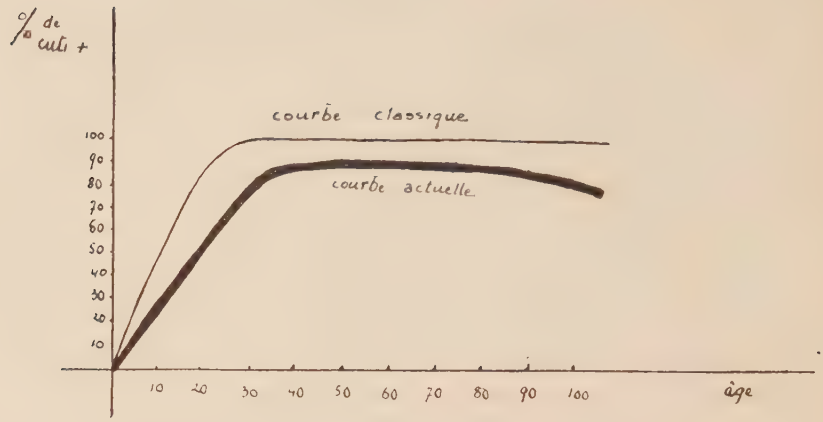
Ils sont nettement peu nombreux et insuffisants. Si on désire subvenir à tous les besoins, il faudrait en créer facilement le double ou le triple, mais il nous paraît plus utile, si on veut vraiment lutter contre la tuberculose, d'augmenter le niveau de vie de la population plutôt que de créer des établissements.

B. — *Les préventoriums:*

Les statistiques faites en 1941 montrent que si la fréquence de la tuberculose a augmenté selon des auteurs de 20 % à 70 %, les examens systématiques pratiqués dans les écoles ne prouvent pas un accroissement sensible du nombre des primo-infections.

La notion d'âge étudiée par Vialard nous paraît par contre, digne d'attirer l'attention. Les conclusions sont que l'index de tuberculisation marque un constant recul depuis quarante ans, conséquence probable de l'isolement précoce du tuberculeux contagieux. Un graphique peut grossièrement schématiser la variation de la courbe de tuberculisation en vingt ans.

En d'autres termes, 50 % des primo-infections se faisaient à l'âge de 10 ans. Elles se font maintenant à 20 ou 25 ans.



Est-ce un bien, est-ce un mal ?

On peut penser en connaissant la gravité des primo-infections de l'adulte qu'il y a un danger sérieux pour les jeunes adultes. C'est, en effet, vers cet âge-là que l'individu rencontre de sérieuses difficultés (familles, sports, profession, soucis...). D'autre part, il est certain que les soins entourant l'enfant sont moins grands après la 20e année et que le médecin est moins souvent consulté pour une perte de poids, une anorexie, une toux persistante. Seule, la cuti-réaction pratiquée depuis l'enfance et répétée pendant l'adolescence, permettra de détecter la maladie.

En ce qui concerne l'hospitalisation, la loi a déjà reculé l'âge d'admission dans les établissements de cure, puisqu'on reçoit les jeunes adultes jusqu'à 20 ans dans les préventoriums.

Dans le Sud-Ouest, les établissements datant la plupart de vingt-cinq à cinquante ans, sont peu organisés pour la réception des adultes et il sera bientôt nécessaire d'en prévoir de nouveaux.

Du point de vue social, on peut regretter ce recul de tuberculisation, car non seulement il faudra suralimenter les malades, mais subvenir aux besoins de leur famille privée des revenus du travail.

Bien souvent ces sujets ne voudront pas s'arrêter au début de leur maladie et la morbidité et la mortalité tuberculeuse pourra s'accroître encore.

En résumé: on peut dire que les établissements de cure dans le Sud-Ouest sont insuffisants en quantité.

1° Surtout pour la catégorie des aériums;

2° Les préventoriums devront prévoir de plus en plus la réception de sujets plus âgés qui accepteront la cure.

Nous ajoutons qu'il existe d'autres établissements que nous n'avons pas signalés, car ils ne présentent pas toutes les conditions requises pour une cure efficace et qui n'ont pas l'agrément du ministère de l'hygiène et de la Sécurité sociale. Quand ils les présenteront, ils viendront accroître sensiblement notre armement prophylactique.

2° *L'armement prophylactique est-il efficace ?*

Il n'est pas dans notre intention de prouver l'utilité de ces établissements, qui a été démontrée dans plusieurs travaux.

Eloignés de leur famille, souvent contagieuse, soumis à une vie régulière et à une alimentation suffisante, les enfants profitent largement de la cure et en reviennent plus armés contre le bacille tuberculeux.

Il suffirait pour que ce séjour dans un préventorium soit dangereux, que dans cette vie en commun, il n'existe qu'un seul enfant contagieux essaimant ses bacilles autour de lui; cela paraît peu probable.

Pourtant, toutes les précautions minutieuses ne nous semblent pas prises pour éviter ce danger.

D'autre part, la cure, pour être efficace, est bien définie par la loi:

« une cure hygiéno-diététique comprenant avec l'aération continue une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel ».

TABLEAU GÉNÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS DU SUD-OUEST AGRÉÉS EN 1945

Etablissements	Médecin résidant M. R. Méd. non résid. M.N.R.	*Catégorie*	Climat	*Climat : Plaine, Altitude, Marin*	Age garçons	Age Filles
GIRONDE :						
Soleil et Santé, Le Moulleau.	M.N.R.	Préventorium	Marin	70	5 à 12	5 à 14
Armaingaud, Arcachon.	M.N.R.	Préventorium	Marin	250	6 à 15	6 à 15
La Dune, Arcachon.	M.N.R.	Aérium	Hélio-Marin	90	6 à 14	6 à 14
St-Vincent-de-Paul, Arcachon.	M.N.R.	Préventorium	Hélio-Marin	300	4 à 12	4 à 16
La Maison de l'Enfance, Andernos.	M.R.	Préventorium	Marin	200	3 à 12	3 à 12
Bon Accueil, Andernos.	M.N.R.	Préventorium	Marin	90	5 à 15	5 à 15
Bon Repos, Andernos.		Préventorium	Marin	250	Adultes	Adultes
Wallerstein, Arès.	M.N.R.	Préventorium	Hélio-Marin	150	4 à 10	4 à 16
Stella Maris, Arès.	M.N.R.	Aérium	Hélio-Marin	75	4 à 15	4 à 15
Moutchic.	M.N.R.	Préventorium	Hélio-Marin	180	3 à 10	3 à 14
Gradignan.	M.N.R.	Préventorium	Plaine	800	4 à 10	4 à 12

Etablissements	Médecin résidant M. R. Méd. non résid. M.N.R.	*Catégorie*	*Climat : Plaine, Altitude, Marin*	*Capacité*	*Age garçons*	*Age Filles*
BASSES-PYRENEES :						
Mont-Doré (Gan).	M.N.R.	Préventorium	Altitude	45	6 à 14	
Nid Marin (Hendaye).	M.N.R.	Aérium	Marin	200	4 à 10	4 à 14
Arbonne (près Biarritz).	M.N.R.	Préventorium	Hélio-Marin	350		4 à 14
La Rosée, Banca.	M.N.R.	Préventorium	Altitude	55		5 à 18
Accueil Béarnais, Pau.	M.N.R.	Préventorium	Altitude	35		6 à adulte
Nid Béarnais, Jurançon.	M.N.R.	Préventorium	Altitude	80	5 à 10	5 à 14
Foyer de la Jeune Fille, Pau.	M.N.R.	Préventorium	Plaine	34		15 à 30
Foyer de la Jeune Fille, Le Mont-Vert, Jurançon.	M.N.R.	Préventorium	Altitude	21		
Abri Montagnard, Osse-en-Aspe.	M.N.R.	Aérium	Altitude	80	6 à 12	6 à 14
Bel-Air, Jurançon.	M.N.R.	Préventorium	Altitude	55	16 à 25	

Etablissements	Médecin résidant M. R. Méd. non résid. M.N.R.	*Catégorie*	*Climat : Plaine, Altitude, Marin*	*Capacité*	*Age garçons*	*Age Filles*
LANDES :						
Sainte-Eugénie, Capbreton.	M.N.R.	Préventorium	Marin	190	4 à 15	4 à 20
DORDOGNE :						
Lannemary, près Périgueux.	M.R.	Préventorium	Plaine	200	3 à 14	3 à 14
LOT-ET-GARONNE :						
Cazala, près Damazan.	M.N.R.	Préventorium	Plaine	70	5 à 15	5 à 15
Lamothe-Poulain.	M.N.R.	Préventorium	Plaine	50	3 à 6	2 à 18

Pour sa réalisation, il entre donc un ensemble de détails dont l'application sera la cause d'une réussite ou d'un échec.

Loin de négliger certains détails techniques qui ne sont pas proprement médicaux, nous insisterons sur ceux qui, par leur déficience, peuvent influer à notre avis sur son efficacité.

En somme, au lieu de nous demander si la cure est efficace, nous allons poser la question de savoir si elle ne pourrait pas être *plus* efficace et nous classerons en cinq chapitres nos critiques générales. Nous pensons que le médecin d'établissement est responsable de cette cure et qu'il doit non seulement vérifier les bons résultats, mais encore veiller sur toute son application.

A. — *Spécialisation des établissements:*

S'il s'est avéré nécessaire de séparer les anergiques et les allergiques simples des allergiques dont l'état général ou local est altéré, c'est pour éviter les contaminations possibles; c'est aussi peut-être parce que la cure de ces derniers doit être coupée de moments de repos plus fréquents et plus longs car elle s'adresse à des organismes plus atteints.

Il était donc indispensable de faire cette classification. Les établissements, pour être agréés doivent maintenant être définis « aériums » ou « préventoriums ».

Il ne faudrait pas cependant que, cette qualification étant acquise, la confusion reste la même dans l'admission des enfants. Or, jusqu'à présent, il ne paraît pas y avoir de modifications bien nette dans ce domaine, et de nombreux anergiques sont encore mélangés avec des primo-infectés évolutifs.

Il suffit que les médecins soient convaincus de l'utilité de la séparation pour qu'ils n'envoient plus indifféremment les enfants en cure.

B. — *Hygiène et alimentation:*

Lesné et Dreyfus-Sée prétendent que la cure de repos et d'aération continue suffit avec l'isolement, pour obtenir la guérison des primo-infections des enfants de 2 à 4 ans.

La plupart des établissements respectent bien les règles de l'aération et les enfants profitent de l'air bienfaisant le jour comme la nuit.

Il existe pourtant encore, entre les bâtiments, de ces cours sales et poussiéreuses qu'on aimerait voir disparaître ou remplacées par des prairies ou du sable. Le repos est généralement insuffisant. Non pas que la cure est trop abondamment pourvue d'exercices physiques comme dans les anciennes écoles sanitaires, mais parce que les établissements sont souvent dépourvus de galeries de cure ou de préau où les malades devraient rester une partie de la matinée ou de l'après-midi dans un repos complet.

Il y a certainement une question financière qui vient expliquer cette lacune, et qui doit s'ajouter à un personnel de surveillance insuffisant. L'alimentation est fonction des possibilités de l'établissement. Nous sommes d'avis que le prix de séjour devrait atteindre un minimum pour permettre de soumettre les enfants à une alimentation rationnelle et variée. Le médecin néglige souvent de contrôler cette ration qui est parfois insuffisante.

Les enfants sont trop nombreux par table au réfectoire et l'anorexie classique de ces petits malades ne peut être combattue si le personnel de surveillance n'est pas suffisant.

A part quelques établissements modernes, les autres ont été construits à une époque déjà lointaine et la disposition du matériel n'est pas propice à une hygiène générale parfaite.

Une petite enquête a permis de contrôler la déficience du matériel de toilette, il y a en moyenne:

— un lavabo pour trois enfants,

— une douche pour 13 enfants,
— une baignoire pour trente enfants.

Dans certains établissements, nous avons pu trouver:

— un lavabo pour dix enfants,
— une douche pour deux cents,
— une baignoire pour deux cents.

Nous sommes loin de la perfection obtenue dans les pays nordiques où il faut le reconnaître, la propreté est une des qualités de la race.

Pourtant, un effort est à faire dans ce sens, car cette éducation de l'hygiène reçue dans ces établissements peut être très utile pour l'avenir, comme pour le présent.

La cure d'air, de repos, jointe à une hygiène parfaite et à une alimentation rationnelle, constitue l'essentiel du traitement de cette maladie, aussi doit-elle être réglée dans ses menus détails, et vérifiée par le médecin.

S'il y a des modifications à apporter dans une utilisation féconde des finances pour la lutte antituberculeuse, c'est dans la modernisation des établissements existants qu'il est indispensable de commencer. Par rapport aux autres régions, celle du Sud-Ouest est une des plus riches en établissements de cure, surtout autour du bassin d'Arcachon où le climat marin atténué donne de si bons résultats dans le traitement de la primo-infection.

Il serait dommage que tout ne soit pas mis en œuvre pour en tirer tous les avantages qu'il est possible d'en obtenir.

Si la médecine prophylactique demande moins d'action directe que la médecine curative, il ne faut cependant pas laisser la nature exercer seule son action sans la contrôler et la diriger avec soin.

C. — *Surveillance médicale:*

Toujours d'après la définition de la loi, elle doit être permanente. C'est pourquoi dans les établissements à grande capacité, le médecin doit être résidant. « Ce serait

l'idéal, disent les directeurs de l'établissement, et supprimerait bien des difficultés ». Mais P. Anglade l'a bien dit, il faut y mettre le prix. Les médecins doivent être des phtisiologues doublés de pédiatres, à grande culture médicale.

Ces exigences montrent que la loi n'est pas appliquée et dans six établissements du Sud-Ouest, recevant plus de 200 enfants, le médecin n'est pas résidant. Il n'est pas dans notre pouvoir de résoudre le problème. Tout au plus, pouvons-nous regretter cet état de chose.

Signalons cependant d'autres déficiences auxquelles il serait possible de remédier:

1° Le lazaret, quand il existe, n'est pas utilisé systématiquement à chaque entrée d'enfant. Il est souvent utilisé comme pièce supplémentaire destinée à subvenir aux demandes.

2° L'infirmerie est absente dans trois établissements;

3° Beaucoup d'appareils radioscopiques manquent, ce qui rend plus difficile les examens pourtant nécessaires en cas de doute.

4° Les examens sont trop souvent mensuels et se limitent parfois à ceux dont la santé fléchit.

La cuti-réaction dans 50 % des établissements est pratiquée une seule fois dans l'année.

Les examens de crachats ne sont pas systématiques.

L'examen bi-mensuel prévu par la loi ne nous paraît pas superflu. Tel enfant entré en aérium avec une cuti-réaction négative peut se positiver au cours du séjour — le contraire surtout peut se voir et il y a intérêt à le savoir.

Lesné et Dreyfus-Sée ont montré l'intérêt de pratiquer le tubage gastrique chez des enfants allergiques non évolutifs.

Sur 84 tubages pratiqués, 12 ont révélé la présence de B. K.

On peut se demander si, en faisant des cultures, le pourcentage ne deviendrait pas encore plus important.

Les auteurs préconisent en tout cas pour les enfants de moins de 5 ans dont le contenu stomacal s'est montré bacillifère alors qu'aucun signe clinique et radiologique n'accompagne la réaction biologique, la séparation des enfants à cuti-réaction positive et ceux dont la réaction est négative. Doit-on se limiter aux enfants de moins de 5 ans ?

Si la surveillance médicale est bien faite, elle doit être supérieure à celle qui pourrait se faire à domicile.

L'aérium semble être le lieu idéal pour faire la vaccination par le B.C.G. aux enfants dont la cuti-réaction reste négative après quelques mois de séjour. D'après la courbe de tuberculose, on y peut constater que ce serait sans doute le cas d'un plus grand nombre d'enfants au fur et à mesure que se développera la lutte antituberculeuse.

Ces enfants déficients qui vont peupler les aériums, constituant un terrain propice à l'éclosion de la tuberculose, et qui sont vaccinés contre la variole, la typhoïde ou la diphtérie, n'ont-ils pas intérêt à être préservés contre le B. K. avant son offensive ?

Cela pose le problème de l'efficacité du B.C.G., qui n'est peut-être pas résolu pour tous les phtisiologues, mais qui tend cependant à l'être par le plus grand nombre d'entre eux. Cette surveillance proprement médicale a intérêt à être faite d'une manière minutieuse avec la participation plus fréquente du laboratoire. Elle permet d'éviter certains dangers possibles de contamination, d'adapter la cure à chaque cas particulier, à décider le transfert ou le renvoi définitif des malades suivant les cas.

On pourrait penser qu'un aérium a besoin d'être moins surveillé médicalement qu'un préventorium et un préventorium qu'un sanatorium. Si on veut faire de la véritable prophylaxie, nous pensons le contraire, car l'état du ma-

lade en sanatorium exige des soins qu'il est capable de réclamer, tandis qu'un malade en préventorium n'ayant pas besoin de soins particuliers sera plus facilement négligé.

D. — *Entraînement physique et intellectuel:*

Il constitue une grosse difficulté malgré son intérêt dominant.

La conduite éducative de la cure a été bien étudiée par P. Anglade qui a donné des idées générales et des exemples nombreux très utiles aux directeurs d'établissements. Le rôle des « passions tristes », chères à Laennec, doit être retenu particulièrement chez les enfants séparés de leur famille.

Si certains supportent la séparation allègrement, d'autres en souffrent et sont la constante préoccupation des directeurs ou éducateurs qui aiment les enfants. De plus, les enfants ne doivent pas prendre des habitudes de paresse, plus néfastes parfois que le léger degré de leur maladie.

Enfin, ils doivent profiter de ce séjour en collectivité pour fortifier leur corps et leur esprit en vue d'une profession future.

Les difficultés proviennent du manque de personnel enseignant et « entraînant » en face de la diversité d'âge et du degré d'instruction des enfants.

Là encore, la question financière joue un rôle important dans cette déficience avouée par plusieurs directeurs. Il faudrait beaucoup de jeunes gens ou de jeunes filles, dont le don, la compétence et le dévouement s'allient pour être de véritables éducateurs.

Pour être maîtres d'eux à tout instant, ils doivent avoir un repos suffisant, réalisé par un tour de service organisé entre eux. Cela suppose aussi la présence de simples surveillants la nuit, permettant aux autres un véritable délassement.

Il est indispensable de ne rien négliger dans ce domaine, et plusieurs expériences sont déjà couronnées de beaux résultats.

La carence familiale et sociale, qui est parfois une indication de cure ne doit pas être remplacée par une carence analogue à l'intérieur de l'établissement.

Cet entraînement entre dans la cure d'une manière insoupçonnée et ne doit pas être relégué à un plan secondaire.

Activités manuelles, intellectuelles, artistiques, physiques, doivent être dosées, réparties suivant un programme et adaptées à plusieurs catégories d'enfants. Le médecin a un contrôle à effectuer, une aide à apporter aux éducateurs en signalant telle ou telle déficience physique expliquant une apathie, des conseils à donner pour l'établissement et l'application du programme d'éducation physique.

Enfin, une œuvre lointaine peut être entreprise très tôt en vue de l'orientation professionnelle des enfants. En contact continuel avec les enfants, connaissant leur tempérament, le pédagogue et le médecin peuvent avoir ensemble des données intéressantes pour le choix du métier futur. Si la cure n'a pas été entreprise dans ce but, on peut en profiter pour orienter déjà l'enfant vers le métier qui influera certainement sur son organisme en bien ou en mal.

E. — *Durée de cure:*

Il en est peu question dans les publications, car il s'agit de cas particuliers. Cependant, faute de règle précise on voit les deux excès se présenter avec des dangers différents. Une fois l'enfant hospitalisé, il est souvent oublié volontairement pendant plusieurs années au risque de lui laisser occuper une place qui serait plus utile à un autre. Cette prolongation par carence familiale, une fois de plus

contrecarre les indications médicales. On répugne à mettre un enfant à l'Assistance publique.

Mais le séjour trop court est encore plus grave et plus fréquent.

L'enfant reste deux, trois mois, puis il est réclamé par sa famille qui le croit guéri ou est menacée par la mairie de son lieu d'habitation de voir les secours suspendus.

Cette incompréhension devrait être combattue par le législateur qui devrait fixer une durée minimum de cure.

Avec Anglade, nous pensons que dans tous les cas, six mois est un minimum, mais en aérium, la durée devrait varier entre six mois et un an, et en préventorium entre un et deux ans.

Il est certain que si on ne laisse pas le temps au terrain de s'améliorer suffisamment, celui-ci fléchira dans un avenir proche, après la cessation de la cure.

Mais alors, si en général la cure doit être allongée, le nombre d'établissements deviendra encore plus insuffisant puisque l'entrée d'un enfant est subordonnée au départ d'un autre.

C'est surtout l'été que les demandes sont les plus nombreuses. Il faudrait donc favoriser la création de colonies sanitaires temporaires, fonctionnant comme des aériums pendant la période de mai à octobre. Elles existent, mais sont trop peu nombreuses.

Elles glaneraient tous les déficients qui séjournent en colonies de vacances destinées aux enfants sains et éviteraient le mélange de ces deux catégories que les moniteurs ne peuvent pas partager.

Soumis à des activités trop fatigantes, à un programme où le repos n'est qu'accessoire, les enfants ne profitent pas de la cure hygiéno-diététique, et parfois ils reviennent déprimés.

Toutes ces critiques étudiées séparément ne devraient pas être dissociées, car la cause qui les a fait naître est souvent commune à toutes; le défaut de personnel influe

sur la surveillance des enfants, leur entraînement physique et intellectuel.

Les vieilles habitudes tardent à disparaître, tant dans le domaine du recrutement des établissements que dans la durée de cure ou l'hygiène des enfants.

Il suffit donc de s'attaquer à une de ces erreurs pour que la cure soit déjà meilleure.

Nous avons dû limiter notre travail à des critiques essentielles, mais forcément incomplètes, se rapportant aux établissements de la région du Sud-Ouest.

Puisque dans la lutte antituberculeuse, on porte actuellement tout l'effort dans la lutte contre le bacille par tous les moyens de prévention, il est indispensable que rien ne soit négligé pour permettre de réaliser cette lutte à fond.

Puisque les Pouvoirs publics essaient de favoriser la natalité alors qu'on ne peut nourrir les enfants convenablement, il sera de plus en plus utile de créer des établissements où on réparera les dommages créés par la sous-alimentation.

Restons persuadés enfin de l'importance du facteur moral particulièrement dans ce domaine, car on sait que la moitié au moins des enfants déficients ou tuberculeux hospitalisés, ont leur famille moralement désorganisée.

Il a fallu plusieurs siècles pour vaincre le typhus des armées, la lutte antituberculeuse n'est réellement engagée que depuis une cinquantaine d'années — mais elle ne requiert pas uniquement l'attention des médecins. Véritable fléau social, elle nécessite la participation des Pouvoirs publics, d'architectes, d'éducateurs, d'économistes..., tout comme dans un préventorium doit se constituer un travail d'équipe (Anglade).

L'exemple d'un pays étranger peut être très significatif. Au Danemark, par exemple, la lutte antituberculeuse obtient un succès incontestable. Il faut reconnaître que le standard de vie est nettement plus élevé qu'en France, et

le Professeur Bezançon pense que tous les moyens de prévention sont inefficaces si on ne réalise pas une véritable prophylaxie à domicile et si on ne relève pas le niveau de vie des Français.

Pourtant, le pourcentage des cuti-réactions positives est très élevé au Danemark, puisque sur 70.218 personnes examinées entre 1941 et 1943, 34.408 avaient une réaction tuberculinique positive, ce qui fait un pourcentage de 69 %.

La mortalité tuberculeuse est cependant passée de 30 pour 10.000 en 1876 à 5 pour 10.000 en 1945.

Faut-il attribuer ce succès aux examens systématiques de la population organisés d'une manière parfaite dans ce pays ?

Une grosse raison de ce succès doit en tout cas, être donnée à la vaccination de Calmette utilisée couramment chez les jeunes sujets.

A quatorze ans, on conseille aux sujets dont la cuti-réaction est négative, de se faire vacciner. Il n'y a pas de loi, pas d'obligation, mais cependant 75 % des sujets acceptent le vaccin qu'on hésite à faire en France.

Dans la participation nombreuse et active que requiert la lutte antituberculeuse, il ne faut donc pas méconnaître celle de la population tout entière. Mais dans ce domaine plus que dans tout autre, elle nécessite l'influence toute puissante du médecin. Quand les praticiens seront convaincus de son efficacité, l'emploi du B.C.G. se généralisera en France; une fois de plus notre pays, générateur de grandes découvertes, sera un des derniers à les utiliser.

CONCLUSIONS

1° La lutte antituberculeuse ne sera vraiment efficace que lorsque la lutte contre le bacille sera menée de front avec la défense du terrain.

2° L'hospitalisation en matière de prophylaxie antituberculeuse est actuellement réglementée par l'ordonnance du 31 octobre 1945. On distingue :

A. — *Les aériums ou colonies sanitaires* qui reçoivent :

I. *Les sujets anergiques,* chez lesquels la cuti-réaction est négative et l'état général déficient ;

II. *Les sujets allergiques* simples, chez lesquels la cuti-réaction est positive mais sans trouble de l'état général.

B. — *Les préventoriums,* qui reçoivent :

Les sujets allergiques avec atteinte de l'état général ou manifestations localisées après cessation de symptômes d'évolutivité.

3° A côté des indications médicales, il existe des indications sociales par carence familiale, qui jouent un rôle important dans le recrutement des aériums.

4° L'orientation des enfants vers des établissements de cure exige un diagnostic précis aidé notamment de deux sortes d'examens trop souvent négligés :

— L'intra-dermo-réaction,

— La recherche du B. K. par examen direct et culture.

5° Des mesures sont prises par le législateur pour que ces établissements fonctionnent avec efficacité.

Un bilan prouve que dans le Sud-Ouest, région relativement riche en établissements d'enfants:

— Le nombre des aériums et colonies sanitaires est insuffisant;

— Dans les préventoriums construits pour recevoir des enfants, il faut envisager l'hospitalisation de sujets adultes par suite du recul de l'index de tuberculisation.

6° Pour que la cure soit plus efficace, il y a lieu d'attirer l'attention sur:

a) La spécialisation des établissements qui doivent être orientés nettement vers l'aérium et le préventorium et ne recevoir que les catégories d'enfants qui leur sont assignées.

b) La surveillance médicale qui doit être permanente et qui doit consister en examens bi-mensuels, doit être plus fréquente qu'elle ne l'est dans la majorité des établissements. Elle doit surtout être accompagnée d'examens systématiques, tels que la cuti-réaction ou la percuti-réaction de Monro et la recherche des B. K. dans le liquide gastrique.

Cette surveillance parfaite devrait permettre la vaccination des enfants à cuti-réaction négative par la méthode de Calmettre (B.C.G.).

c) Dans la cure hygiéno-diététique, surtout des préventoriums, le repos devrait prendre une plus grande place.

Le matériel de toilette, particulièrement déficient, aurait besoin d'être modernisé et multiplié.

d) L'entraînement physique et intellectuel, très difficile à adapter à tous les âges et à tous les degrés d'instruction, présente un intérêt considérable pour l'avenir des enfants. Il nécessite un personnel éducateur dont les qualités exigées entraînent un recrutement difficile.

e) Devant les incompréhensions de certaines familles ou organismes, il ne serait pas inutile de fixer une durée de

cure variant avec chaque cas, mais dont le minimum serait de six mois en aérium et un an en préventorium.

7° Le rôle joué par les aériums et préventoriums dans la prophylaxie de la tuberculose est indéniable, comme il est prouvé par de nombreux travaux, car ces établissements permettent de réaliser à la fois la prophylaxie directe et indirecte indispensables à la lutte contre la tuberculose.

Destinés à protéger l'enfance contre ce terrible danger, ils méritent d'attirer sur eux l'attention des médecins et des organismes responsables pour que ce rôle soit joué d'une façon parfaite.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ

Le Président,
PIÉCHAUD

Bordeaux, le 16 Octobre 1947

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur
A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

PREVENTORIUMS D'ENFANTS

ANGLADE (Pierre H.). — Le Préventorium (indications et technique). G. Doin et Cie, Paris, 1943.

AUJALEU (A.), DOUADY (D.), et PÉQUINOT (H.) — L'enseignement dans les sanatoria et préventoria. Premiers résultats d'une enquête régionale et suggestions (*La Semaine des Hôpitaux,* n° 3, 21 janvier 1947, pages 133-137).

COURCOUX (A.) et BONNEFOY (H.). — Le triage des enfants et adolescents relevant de la cure en préventorium (*La Presse Médicale,* n° 32, p. 430-431, 4 juillet 1942).

DE CHORIVIT. — Les préventoriums et les écoles de plein air dans la lutte antituberculeuse (*Thèse* de Bordeaux, 1943).

DUPUY (I.). — Technique de la cure préventoriale: le clos d'admission (*Les Annales de Médecine sociale,* n° 7, juillet 1946, p. 214-215).

FERREIRA (C.). — Profilaxia antituberculosa infantil; preventorios e preservatorios (*Sao Paulo Méd. J.,* 67-72, janvier 1941).

FOURESTIER (M.). — Le pré-préventorium scolaire ou « la classe couchée » (*Le Progrès Médical,* n° 1, 10 janvier 1946, p. 3-5).

FRIEDMAN (E.), BILLINGS (B.N.). — Preventorium and reinfection type tuberculosis (*Am. Rev. Tuberc.,* 43, 383-387. Mars 1941).

Guinard (L.). — Réglementation relative à l'aménagement et au fonctionnement des préventoriums (*Revue de la Tuberculose,* mars 1935, p. 470).

Lesné (L.), et Dreyfus-Sée. — Ce que doit être un préventorium de jeunes enfants de trois à quatre ans (*Paris-Médical,* n° 1, 7 janvier 1939, p. 18-21.

Lowys. — Sur les défectuosités du recrutement dans les établissements de cure pour enfants (*Société d'études scientifiques sur la tuberculose.* Hôtel-Dieu de Lyon, 27 mars 1943).

Perreau (E. H.). — Organisation des preventoria et réorganisation des sanatoria (*Le Propharmacien,* 1er mai 1939, n° 471, p. 3.).

Reme (L.). —Un préventorium de « campagne », préventorium de Plumelec (Morbihan) (*Revue de la Tuberculose,* n° 4, avril-juin 1943, p. 49-65).

Renaux (Mlle S.). — Le préventorium (étude critique), les organisations préventoriales dans le département de la Haute-Garonne (*Thèse,* Toulouse, mars 1939).

Vaquette (A.). — L'avenir du préventorium et du sanatorium dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire de l'enfant (*Bull. et Mém. de la Société Médicale de Passy* (Haute-Savoie), n° 19, 1943, pp. 44-46).

Vitry (G.). — Ce que deviennent les enfants ayant passé par préventorium (séance du lundi 6 mai 1940: in *Bull. et Mém. de la Société Médicale de l'Elysée,* n° 109 M.S., mai 1940, p. 101-107).

— Les Terrasses: le préventorium pour enfants de Niort (Deux-Sèvres) (*La Médecine Infantile,* janvier 1940, n° 1, p. 36).

— Le fonctionnement et le contrôle des préventoriums, des colonies sanitaires et des maisons de convalescence (*Les Echos de la Méd.,* n° 3, mars 1943, p. 5).

— Fonctionnement et contrôle des préventoriums, des colonies sanitaires et des maisons de convalescence. Loi du 16 décembre 1942 (*Journal de Médecine de Lyon,* n° 557, 20 mars 1943, p. 165).

— Conditions de fonctionnement des préventoriums (décret du 3 août 1942) (*Le Journal de Médecine de Lyon,* n° 558, 5 avril 1943, p. 199-202).

— Loi du 16 décembre 1942 relative au fonctionnement et au contrôle des préventoriums, des colonies sanitaires et des maisons de convalescence (*Presse Médicale,* n° 8, 27 février 1943, p. 102).

— Décret du 3 août 1942 fixant les conditions de fonctionnement des préventoriums (*Presse Médicale,* n° 8, 27 février 1943, p. 107).

— Conditions d'agrément, d'aménagement et de fonctionnement des préventoriums (*Bulletin de l'ordre des médecins,* n° 3, septembre 1943, p. 91).

— L'Armement antituberculeux français. I. Les sanatoriums, II. les préventoriums (*Paris Médical,* n° 3, 10 février 1944).

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

DELILLE (P. Armand). — La préservation de l'enfance contre la tuberculose (*L'Hygiène sociale,* n° 1, janvier 1944, pages 3-5).

— Prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. Séance scientifique du 6 octobre 1945. In *Bulletin der Sigweizerischen Akademie der Nedizinischen Wissenchaften,* Bâle, I., n° 6, 15 avril 1946, p. 438-444).

DELILLE (P. Armand) et BÉTHOUX (L.). — Importance de la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (*Archives de Médecine sociale,* t. II, n° 5, mai 1946, p. 289-295).

— Importance de la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* n. 33, 34, 35, tome 129. Séance du 6 novembre 1946, pages 626-628).

DELILLE (P. Armand), et LESTOCQUOY (Ch.). — Prophylaxie de la tuberculose infantile (*Revue de la tuberculose,* 1937, n° 384, 5e série).

— La tuberculose infantile considérée au point de vue de sa prophylaxie (*Revue d'Hygiène et de Médecine préventive,* t. 60, n° 4, avril 1938).

Babonneix (L.). — Prophylaxie et traitement de la tuberculose infantile (*Gazette des Hôpitaux,* n° 93-94, p. 925, 22 novembre 1941).

Béthoux (L.). — Organisation et fonctionnement de la préservation de l'enfance contre la tuberculose dans le cadre départemental et communal (*Revue de la Tuberculose,* 1937, p. 584, 5e série).

— Le rôle du centre de triage et de mise en observation dans la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance (*Bull. de l'Acad. de Méd.,* n. 33-34, séance du 9 nov. 1943, p. 573-578).

Bezançon (F.). — L'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* n° 3, séance du 22 février 1938).

Bezançon (F.), et Casaillon. — L'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse (*Presse Médicale,* n° 17, 28 avril 1945, p. 225).

— La tuberculose, fléau social (Avrault et Cie, maître-imprimeur, 1944).

Brusa (P.). — La profilassi post natale nella cotta contro la tuberculosi (*Cotta contro la tuberculosi,* 10e année, juin 1938. *Revue de la Tuberculose,* 1939, p. 636).

Comby (J.). — Lutte contre la tuberculose infantile (*Archives Méd. des enfants,* t. 42, n° 3, p. 168, mars 1939).

— Préservation de l'enfance contre la tuberculose (*Presse Médicale,* n° 29, 10 juin 1942. In *Bulletin Médical,* 10 août 1942, n° 21, p. 224-225).

— Préservation de l'enfance contre la tuberculose (*Bulletin et Mémoires de la Société Méd. des Hôp. de Paris,* n. 21-22, p. 276-278, 22 septembre 1942, séance du 26 juin 1942).

Debré (R.) et Lelong (M.). — Traitement initial de la tuberculose dans l'enfance: élément fondamental de la lutte antituberculeuse (*Revue de la Tuberculose,* 1938, p. 377 ; *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 22 juin 1937, n° 24).

Duthoit (R.). — Préservation de l'enfance contre la tuberculose en Belgique (*Archives de Médecine des enfants,* mai 1939, n° 5, p. 299).

Fourestier (M.). — Résultats insuffisants de l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse (*Progrès Médical,* 24 juin 1943, n° 12, p. 230-231).

Lacoste-Lagrange (G.). — L'intérêt de la culture des crachats dans la détection de la tuberculose pulmonaire (*Thèse,* Bordeaux, 1947).

Lefebvre (G.). — Sur la nécessité de codifier certaines vérités médicales essentielles, en particulier dans le domaine de la prophylaxie antituberculeuse (*La Méd. infantile,* n° 11, novembre 1938, p. 440).

Lestocquoy (Ch.). — La régression de la tuberculose infantile dans ses rapports avec la prophylaxie (*La Médecine,* mai 1937).

Lowys (P.), Marinet (J.), Lafay (L.M.). — Note sur les indications de la cure préventoriale et sanatoriale au cours de la tuberculose primo-secondaire de l'enfant (*Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris,* novembre 1936, *Revue de la Tuberculose,* 1937, p. 983).

Morgan (M. T.). — Mesures de prévention en Grande-Bretagne contre la propagation de la tuberculose dans les écoles, par des maîtres ou des enfants infectés (*Office inter. d'Hyg. public,* t. 30, n° 5, mai 1938, p. 977).

Myers (J.A.). — The first infection type of tuberculosis (*The American Rev. of Tuberc.,* t. 34, n° 3, septembre 1936, p. 317).

Mignot, Mollard (A.), et Duret (A.). — Prophylaxie de la tuberculose (*Encyclopédie Médico - Chirurgicale,* 6039. B., p. 1 à 11).

Mansouri. — Conception actuelle de la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant (*Thèse,* Paris, 1938).

Pignet. — Prophylaxie antituberculeuse de l'enfance. De l'importance du centre de triage et de mise en observation (*Thèse,* Lyon, 1937-38).

Poix (G.). — La réorganisation de la lutte antituberculeuse (*Presse Médicale,* n° 46, 17 novembre 1945, p. 628).

Piéchaud (F.). — Prophylaxie de la tuberculose (Conférences).

RAUCH (A.). — Réadaptation post sanatoriale de l'enfant (*Revue de la Tuberculose,* 1940, p. 1341).

VAQUETTE. — La place du préventorium et du sanatorium dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire de l'enfant (*Société d'études scientifiques sur la tuberculose,* Hôtel-Dieu de Lyon, 27 mars 1943. In *Presse Médicale,* n° 25, 3 juillet 1943, p. 361).

VIALARD (J. C.). — Le rôle de l'âge dans le déterminisme de quelques formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Thèse,* Bordeaux, 1947).

TABLE DES MATIERES

Introduction 11

Chapitre premier. — Historique des etablissements d'enfants. 15

Chapitre II. — L'hospitalisation des enfants dans la lutte antituberculeuse actuelle 17

1° Le Sanatorium 19

2° Le Préventorium 19

3° L'Aérium. 20

Chapitre III. — Les indications de cure, leurs difficultes, leurs critiques 29

A. — Indications d'ordre médical 30

B. — Indications d'ordre social 33

Chapitre IV. — Bilan actuel dans le Sud-Ouest.... 37

1° L'armement prophylactique est-il suffisant?.. 38

2° L'armement prophylactique est-il efficace?.. 41

A. — Spécialisation des établissements 45

B. — Hygiène et Alimentation 46

C. — Surveillance médicale 47

D. — Entraînement physique et intellectuel 50

E. — Durée de cure 51

Conclusions 55

Bibliographie. 59